43e Année — N° 12 Vendredi 20 Mars 1896.

# LA FRANCE MÉDICALE

ET

# PARIS MÉDICAL

## SOMMAIRE

**Electrothérapie** : Théories sur l'électrographie et nouvelles méthodes d'électrothérapie, par M. Jacques de Narkiewiez-Jodko, 178. — **Bibliographie** : Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, par le Dr J. Seglas, 180. — **Revue de la presse** : Traitement du lupus par la chloroline (chlorophénol, 180. — Hypocondrie guérie par l'Hydrothérapie, 181. — **Académie des sciences** : *Séance du 9 mars.* — Présidence de M. Cornu, 181. — Aberration et régression des lymphatiques en voie de développement, 181. — Sur la nature et la pathogénie des malformations de la hanche (luxations congénitales des auteurs), 182. — Influence de l'exanthème vaccinal sur les localisations microbiennes (infection concomitante et infection secondaire), 183. — Sur l'essence d'anis de Russie, 184. — Sur un cas de division de la moelle et d'exostose du rachis chez un sujet atteint de « spina bifida » lombaire, 184. — Influence de la franklinisation sur la menstruation, 185. — **Académie de médecine** : *Séance du 17 mars.* — Présidence de M. Hervieux, 185. — Mort de M. Sappey, 185. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 6 mars.* — Présidence de M. d'Heilly, 186. — Revision des angines à streptocoques, 186. — Mort subite au cours de la chlorose par embolie pulmonaire, 186. — Erythème infectieux dans la fièvre typhoïde, 187. — Souffle extra-cardiaque, 187. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 12 mars* 1896. — Présidence de M. Besnier, 187. — Scrofulose cutanée et fièvres éruptive, 187. — Lésion simulant un chancre syphilique, 187. — Tuberculose ulcéreuse de la main. — Zona ophtalmique simulant un érysipèle, 187. — Syphilis maligne d'origine infantile, 188. — Deuxième note sur une dermatite suppurative, 188. — Syphilome secondaire en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séborrhéique, 188. — Erythème suraigu du dos des mains, 188. — Pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme, 188. — Dermatite herpétiforme de la grossesse, 188. — Chimisme gastrique dans le traitement mercuriel, 188. — Application des greffes dermo-épidermiques, 188. — **Société de Chirurgie** : *Séance du 18 mars.* — Présidence de Ch. Monod, 189. — Appendicite perforante. Résection de l'appendice. Guérison, 189. — Tumeur fibreuse du dos de la main. Corps étranger, 189. — Rupture traumatique de l'urèthre. Uréthrectomie. Guérison, 189. — Cholélithiase biliaire, 189. — Pseudarthrose du tibia soignée et guérie par une injection de teinture d'iode dans le foyer de la fracture, 189. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 14 mars.* — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière, 189. — **Thérapeutique appliquée**, 189. — **Nouvelles**, 190.

## ÉLECTROTHÉRAPIE

### Théories sur l'électrographie et nouvelles méthodes d'électrothérapie

Par M. Jacques de Narkiewiez-Jodko

Collaborateur et conseiller de l'Institut de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg.

Tout le monde sait que l'on peut tirer des épreuves photographiques des grandes étincelles électriques comme la foudre. L'Anglais Thomson et le Russe Chamantow ont photographié des décharges électriques; De mon eôté j'ai obtenu des plaques sur lesquelles on observe les ondes lumineuses, et les très fines nervures dendritiques des décharges. Parmi mes diverses photographies on voit des décharges électriques dans l'atmosphère à pression barométrique très élevée, on voit le choc de deux décharges dans l'atmosphère et de celles beaucoup plus faibles passant d'un individu dans un autre.

L'atmosphère où nous sommes plongés est chargée d'électricité; elle doit donc influer par communication et émission sur l'organisme humain, parce que la surface de chaque corps ne fait que servir d'accumulateur au fluide électrique, qui semble y exister à l'état passif et ne s'y maintient qu'autant qu'il y est contraint par la résistance de l'air environnant. Mais il se décharge par l'échange de courants de tension opposée, qui repoussent ou attirent les molécules du fluide répandu sur la surface du corps. Les facultés conductrices du corps varient selon les diverses qualités de la matière et de la substance et son état pathogénique. Les attractions et répulsions électriques se manifestent en cas d'action, d'influence simultanée pour causes différentes et contraires. Cette action peut même se produire à certaines distances. L'électrographie le prouve, parce que les différents résultats ou les diverses formes obtenues dépendent même de la distance des deux conducteurs ou des deux corps qui produisent l'effet de la décharge.

J'ai réussi à fixer sur plaques l'image de décharges très faibles obtenues par les appareils d'électricité statique et du corps de sujets soumis à la thérapie électrique, indiquant des différences dans les épreuves suivant les diverses conditions de l'atmosphère et selon l'état momentané du sujet soumis à l'expérience (alcoolisme, excitation provoquée par des alcaloïdes, sommeil, plaisir, douleur, etc.), Wheatstone avec ses miroirs à rotation a trouvé que la durée d'une étincelle électrique obtenue avec une bouteille de Leyde, par exemple, est de 0,000,000,868 de seconde. On peut donc se figurer à quel point il devait être difficile de fixer l'image d'une étincelle sur une plaque sensible ! Après de nombreuses et très patientes recherches et après mille tentatives, souvent sans résultat, j'ai pu réussir une série d'épreuves en variant l'intensité des courants dont j'obtiens les étincelles. Pour les photographies, je ne me sers pas de la chambre obscure, l'effet lumineux de l'étincelle restant fixé par lui-même sous forme d'image sur la gélatine sensibilisée.

Dans les photographies, les décharges affectent des formes variées très bizarres, et parfois harmonieuses, arborescentes, à ondes réparties d'un centre, pouvant toutes être classifiées en deux grandes divisions correspondantes au pôle positif et au pôle négatif d'ori-

gine des courants. Ainsi, on voit démontré d'une façon nette dans les photographies électrographiques ce fait bien connu que les pôles de nom contraire s'attirent et que ceux de même nom se repoussent.

J'ai obtenu des photographies par séries d'un grand nombre de décharges électriques se succédant continuellement et représentant la reproduction micrographique du courant électrique.

Pour photographier les décharges obtenues du corps de sujets soumis à l'électrothérapie, je faisais jaillir des étincelles des parties proéminentes ou des extrémités des sujets mêmes, en les fixant sur des plaques, de la manière ci-dessus décrite, et l'image obtenue différait suivant le siège d'où s'échappait l'étincelle. Chez les femmes bien plus que chez les hommes on obtient des effets merveilleux et variés.

Les mêmes expériences tentées sur des cadavres ont donné des résultats négatifs.

Le fluide électrique est répandu sur tout le corps, et la terre en est la source inépuisable comme un réservoir. Ainsi, tous les corps qui sont sur la terre possèdent une certaine quantité d'électricité variable suivant les propriétés et les qualités individuelles de chacun. Si, par quelque circonstance ou phénomène naturel, ce fluide électrique subit une décomposition, le corps devient alors électrisé. Il ne faut pas cependant confondre un corps qui se trouve à l'état naturel d'électrisation avec un corps électrisé au moyen d'un fluide artificiellement obtenu. Il se produira donc, à l'approche de deux corps, un échange subordonné de fluide par *émission* ou *communication*.

J'ai fait des recherches sur l'électrographie, c'est-à-dire sur les effets des courants électriques passant à travers des plaques photographiques saupoudrées de poussières organiques. Ces poussières, en vertu des courants, se disposent de manière à prendre des configurations spéciales de forme rayonnante, dont l'image reste fixée sur la plaque sensibilisée. Ces figures de formes végétales me donnent une indication et une explication possible de la genèse de la morphologie organique ; mais ces considérations purement théoriques ne peuvent être envisagées que comme une simple hypothèse qu'il ne convient pas d'examiner plus longtemps.

Mes expériences consistent à transmettre des courants électriques à l'aide d'une bobine de Ruhmkorff alimentée par une pile Grenet, moyennant un seul réophore émanant du rouet, sans être même mis directement en contact avec lui.

Pour la transmission des courants dans l'atmosphère, je me sers de certaines tiges métalliques isolées, que je fais expressément fabriquer et qui communiquent, moyennant un fil conducteur, avec l'un des réophores de la bobine. Ces tiges sont finement effilées, et c'est précisément sur le pouvoir des pointes, longuement étudiées dans les récents traités d'électricité, qu'est fondée en partie la transmission des courants dans ces expériences.

Voici comment les choses sont disposées:

La bobine alimentée par la pile communique moyennant un réophore avec une tige métallique. L'autre réophore est prolongé au moyen d'un long fil conducteur qui aboutit à une chambre éloignée où l'on fait les expériences et d'où l'on n'entend pas le bruit de la bobine.

On pourra maintenant obtenir par ce fil de petites étincelles. Pour provoquer les effets des courants il n'est pas nécessaire de fermer le cercle avec deux fils conducteurs, mais il suffit de se servir d'un seul fil, l'arrêt se produisant au moyen de l'atmosphère, de la même manière que dans le télégraphe ordinaire le cercle se ferme par la terre

L'autre conducteur est représenté par l'opérateur, qui réunit en lui l'électricité qui se trouve dans l'atmosphère.

Quand on tient en mains le fil conducteur unique, on n'observe plus les effets physiologiques du courant, parce que, dans ce cas, le corps de l'observateur constitue comme une partie intégrante du conducteur. Ainsi l'homme se transforme en accumulateur soit de l'électricité atmosphérique, soit de celle obtenue au moyen d'un conducteur par un courant, et tant que celui-ci va dans un sens ou dans l'autre, parce que les phénomènes restent constants si l'on intervertit réciproquement le point de départ des conducteurs qui mènent à la tige isolée dans l'atmosphère et à l'opérateur.

Or, si l'opérateur qui tient le fil conducteur d'une main porte l'autre main sur un récepteur téléphonique (séparé de tout conducteur) appuyé à son oreille ou à celle de l'un des assistants, le récepteur ne transmettra aucun son ; mais à peine une tierce personne aura touché les vis de pression du récepteur on entendra clairement le bruit de la bobine, on observera toutes les interruptions qui pourraient survenir dans la communication entre l'opérateur et la bobine ou entre cette dernière et la pointe isolée dans l'atmosphère.

Toutes ces expériences faites avec le téléphone nous démontrent que l'organisme humain remplit le rôle de condensateur, que le corps humain est très sensible aux moindres quantités de vibrations électriques et d'induction, fournies par les corps environnants en les décidant à s'accumuler sur sa superficie. La nature fait en grand ce que l'art fait en petit, et l'influence des courants artificiels sur l'organisme ne fait qu'imiter en petit ce que fait l'air chargé d'électricité. L'électrisation artificielle du corps détermine quelquefois comme effet : Lueur, battements du pouls, augmentation d'évaporation, phénomènes qui s'établissent au moyen de la chaleur et de la pression atmosphérique. L'organisme possède également la

faculté de produire l'électricité, ou pour mieux dire les courants et de les accumuler.

De la parfaite harmonie, de l'équilibre entre ces deux forces, assimilation et restitution, dépend l'état normal de la santé humaine. C'est à la science de savoir augmenter ou diminuer l'état normal de production et d'assimilation de l'électricité. Il est donc bien vrai que les courants électriques et surtout ceux de l'atmosphère peuvent fort bien servir à reconstituer et à améliorer la santé du corps humain.

Je fais donc grand compte de l'électricité comme agent thérapeutique; on peut en tirer en médecine de plus grands avantages qu'avec les méthodes communément en usage. Avec l'électrothérapie comme on la pratique communément, on ne fait que provoquer dans l'organisme humain les effets physiologiques de la décharge, en le faisant tout au plus servir comme voie de transition du courant; avec ma méthode, l'organisme viendrait à constituer la partie intégrante de tout le système électro-magnétique et à servir d'accumulateur au courant. Alors l'électricité ne passerait pas par l'organisme (excepté au moment d'ouverture et de clôture) mais elle stationnerait pour ainsi dire en lui. Si on en réglait par conséquent l'intensité en dirigeant le courant du côté le plus opportun pour l'effet désiré, on devrait en obtenir des effets électrothérapiques très-efficaces.

Je fixe l'extrémité du fil conducteur qui part de la bobine à une mince tige métallique immergée dans un petit tube contenant de l'eau salée, fermé avec une substance isolatrice. En touchant les sujets avec ce petit tube, on leur transmet l'électricité. Le même effet s'obtient en les touchant d'une main, tandis que l'autre saisit le tube ; on le donne à tenir aux mêmes sujets auxquels on transmet ainsi des courants plus ou moins forts dont j'obtiens des résultats excellents dans la cure de nombreuses maladies.

Cette méthode est indispensable pour effectuer le massage électrique, des cautérisations, ou produire des contractures localisées, sans participation d'autres tissus de l'organisme.

Il est démontré aujourd'hui pour tous les chercheurs enthousiasmés que les rayons invisibles se trouvent dans tout corps organique, avec la faculté de percer les corps opaques, en produisant des radiations ultra-violettes ne se décomposant pas dans le spectre. Pour arriver à ce résultat et à ces mystérieux rayons, on se servait jusqu'à présent de piles à grandes tensions et de bobines à grande force inductrice. Généralement, on accrochait les deux tiges des deux pôles aux deux pôles du tube Crookes pour provoquer intérieurement des rayons d'une couleur jaune verdâtre, c'est-à-dire les rayons X.

Me basant sur les théories que je viens d'énoncer, je me suis convaincu que l'organisme humain constituant par lui-même un appareil producteur et condensateur suffit pour obtenir et radier le fluide des rayons invisibles. Je fais fonctionner une bobine à étincelle à peine de 2 centimètres, mise en fonctions par une pile maximum de 2 volts, un pôle étant perdu dans l'atmosphère, l'autre réuni à mon tube isolateur que tient d'une main l'expérimentateur, tandis que de l'autre il tient un grand ballon Crookes, Dans ces conditions à l'approche de la main d'une autre personne, sans que la première ressente la moindre impression, le ballon s'illumine soudain avec les rayons ultra violets, dont la tension augmente visiblement à chaque attouchement ou même simple approche du doigt; on dirait que chaque particule des pores produit des radiations spéciales.

Ces rayons jouissent de la propriété de se propager invisiblement tout alentour. Un deuxième, un troisième tube tenus par des personnes tout à fait isolées, s'illumineront de même, sous l'influence réciproque d'un autre organisme. Mais tous ces rayons, dans toutes les conditions, peuvent être assimilés et condensés par l'intermédiaire d'un organisme vivant; passons la main sous celle qui tient le tube, et le tube s'éteindra pour se rallumer sous l'influence d'une troisième.

Je vois dans ces résultats la confirmation de la pratique universellement suivie par les maîtres de la médecine, qui toujours ont attaché grande valeur à l'influence de la lumière, de l'air, de la chaleur, les considérant comme des agents toniques d'une force merveilleuse.

De jour en jour la science nous dévoile de nouveaux mystères sur l'origine de l'électricité et sur l'influence de cet étrange fluide, et de cette force motrice, dont nous constatons la présence partout aussi bien dans les troubles atmosphériques que dans tous les organismes vivants. On reconnaît cette force dans un état latent partout où se manifestent : le frottement, l'induction, l'émission, le choc, la pression, la décomposition chimique, combinaison de matières, évaporation de la chaleur et le mouvement; en un mot. C'est un genre de fluide qui se propage avec la rapidité de la pensée, qui pénètre et qui se condense même sur les molécules. L'électricité, le magnétisme et toute force provenante, l'influence par suggestion, courants dynamiques, statiques, d'induction, ( positifs , négatifs ) ne sont qu'une seule force et ne constituent que des effets différents produits par l'unique force motrice, par l'extension de l'éther condensé et accumulé dans notre organisme. Les fluides qui s'en échappent par rotation en radiation, sous une forme d'attraction ou de répulsion, de condensation ou de dilatation, produisent un mouvement perpétuel réciproque des molécules et des atomes dans l'infini de l'espace.

Le vide n'existe pas, l'éther le remplit et malgré une pression dans l'espace anti-planétaire jusqu'au 100,000 atmosphères, ce fluide prodigieux conserve

une parfaite tension et l'élasticité pour soutenir l'équilibre général de toutes matières.

Notre organisme, envisagé comme un parfait appareil mécanique et chimique, présente en lui l'union de la force motrice et productive de nous-mêmes par nous-mêmes, dont les nerfs représentent les conducteurs parfaits pour l'électricité, tandis que les ganglions, les plexus produisent les effets des piles propageant des courants d'induction, d'attraction et de répulsion, d'émission et de condensation. Chaque particule de notre entier est soumise aux mêmes lois, l'état normal de notre organisme dépend de l'équilibre, de la production, la consommation et l'assimilation de tous ces phénomènes produits par nous-mêmes et par la nature autour de nous-mêmes. Le but principal de l'électrothérapie est d'égaliser et de reconstituer le manque ou le surplus du fluide électrique de l'organisme humain, par les courants électriques appliqués au système nerveux en les localisant sur certaines parties et les centres nerveux.

Messieurs, je ne saurais terminer cette conférence sans exprimer mes sentiments de haute reconnaissance envers Son Altesse le Grand duc Alexandre d'Oldenbourg qui en m'appelant à collaborer à l'Institut de médecine expérimentale créé par lui à Saint-Pétersbourg m'a donné, avec le plus précieux appui, la possibilité de poursuivre mes recherches.

## BIBLIOGRAPHIE

**Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses**, par le Dr J. Seglas, recueillies par le Dr Henri Meige (Asselin et Houzeau, Paris 1895).

De 1887 à 1895, M. Seglas a fait tous les ans, à la Salpêtrière, pendant ses périodes de suppléance, une série de leçons cliniques sur la *séméiologie* et le *diagnostic* des affections mentales et nerveuses. Cédant aux instances d'auditeurs fidèles, M. Seglas s'est décidé à réunir en volume un certain nombre de ces leçons; elles ont trait aux *hallucinations*, sujet de prédilection de l'auteur; à l'*obsession*, ce problème si difficile de pathologie cérébrale; à la *confusion mentale*, question à l'ordre du jour; aux diverses variétés de *délirants persécutés*, particulièrement aux *persécutés possédés*; au *délire de négation*, encore imparfaitement connu; à l'*examen morphologique des idiots et des aliénés*; aux *délires séniles* et aux *psychoses tardives*; à l'*abasie et à l'astasie émotives*; à l'*hystérie* envisagée surtout au point de vue du *dédoublement de la personnalité*; enfin à la *dysphasie fonctionnelle*.

Ces questions, on le voit, sont de celles qui offrent une importance et un intérêt de premier ordre pour tous ceux qui s'adonnent à l'étude des maladies mentales et nerveuses. Je ne puis, on le conçoit, donner une analyse, même succincte de ce livre de plus de huit cents pages, mais je ne saurais trop en recommander la lecture aux neurologistes, et surtout aux aliénistes et aux psychologistes : ils y trouveront nombre d'aperçus nouveaux, d'idées ingénieuses, quantité de faits cliniques soigneusement observés et finement analysés.

Il faut savoir gré au Dr Meige d'avoir eu la bonne inspiration de recueillir et de publier ces leçons ; une tâche de ce genre est toujours un peu ingrate ; suivant sa coutume, il s'en est tiré à son honneur.

Ch. Vallon.

## REVUE DE LA PRESSE

**Traitement du lupus par la chloroline (chlorophénol).** — En présence d'une affection aussi difficilement curable que le lupus, tout nouveau traitement doit être signalé. Nous voulons parler du chlorophénol qu'Elsenberg a essayé sous forme de pommade. Le Dr Brousse (de Montpellier), de son côté, s'est servi de la chloroline, qui n'est qu'une solution à 20 0/0 de chlorophénol.

Le chlorophénol est un liquide de couleur brunâtre analogue à celle du rhum, un peu filant, de consistance sirupeuse, d'une odeur forte, rappelant à la fois celle du phénol et celle du chlore. Il se dissout, en toutes proportions, dans l'alcool absolu, l'éther, les huiles essentielles, mais il est insoluble dans l'eau. Il jouit de propriétés antiseptiques.

Avec un tampon d'ouate imbibé de chloroline, M. Brousse badigeonne, tous les deux jours, les surfaces lupiques ulcérées ou non. L'application de ce produit ne provoque aucune douleur, mais une certaine cuisson qui ne dure pas. Les ulcérations lupiques se cicatrisent rapidement, les nodules s'affaissent et font place à un tissu cicatriciel tout à fait lisse.

Pour le lupus des muqueuses, il vaut mieux se servir du chlorophénol dissout dans la glycérine, dans la proportion de 8 0/0.

M. Chabrol, élève de M. Brousse, a fait une thèse intéressante sur ce nouveau traitement et a rapporté l'histoire de deux malades atteints, l'un de lupus ulcéré, l'autre de lupus non ulcéré, traités avec succès par la chloroline. Voici l'une de ces observations : G., âgé de 26 ans, est atteint de lupus depuis 9 ans ; il a été traité par les scarifications, la cautérisation ignée, des applications de sublimé. *Au bout de 4 ans seulement*, le lupus fut guéri. G. resta sans nouvelle atteinte de la maladie jusqu'au mois de janvier 1895, époque à laquelle la lésion récidiva. Le mal fut enrayé d'abord par des applications de sublimé et le galvanocautère. Le 1er mars, on applique exclusivement de la chloroline, qui amène une guérison *presque complète*.

Nous préférerions que la guérison eût été déclarée complète ; l'observation eût été plus concluante. En tous cas, ce traitement paraît devoir être essayé.

Dr Barbe

**Hypochondrie guérie par l'hydrothérapie.** — Hufeland, bien avant nous, avait observé que l'eau était le souverain remède de l'hypocondrie. Nous pourrions donc nous contenter de nous retrancher derrière cette autorité pour préconiser la thérapeutique hydrique pour une affection contre laquelle les médications les plus variées sont restées sans résultat. Nous préférons donner des faits à l'appui de notre opinion, estimant que c'est encore le meilleur procédé de discussion à adopter avec ceux que l'on se propose de convaincre.

Tout le monde ce sait qu'on entend par hypocondrie, cette maladie purement imaginaire où l'auto-suggestion joue le rôle principal, sinon exclusif. Tout le monde a observé de ces sujets qui vous accablent de doléances, criant tout haut les persécutions dont ils se croient victimes, accusant les événements autant que les hommes, se plaignant à tout venant des injustices du sort à leur égard.

C'est un de ces malades qui nous fut envoyé le 2 novembre 1889 par notre vieil ami et très distingué confrère le docteur Danet.

M. X..., âgé de 33 ans, père de famille, avait toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 30 ans. A part quelques légers embarras d'estomac, sa santé générale était bonne. Peu à peu les accidents gastriques se renouvelant, M. X... se crut atteint d'une affection sérieuse des voies digestives et dès lors il tomba dans la plus noire mélancolie. Peu à peu, il devint taciturne, misanthrope, fuyant la société et se complaisant dans la solitude. Puis vinrent les insomnies à la suite des obsessions continuelles de son état maladif. Bientôt le retentissement de son état moral sur son état physique devenait plus manifeste. L'appétit était nul ou à peu près, la constipation presque permanente. Le travail lui était pénible, il se sentait inutile, puisqu'il était, dans son esprit, condamné d'avance à une mort prochaine.

Il va sans dire que tous les médicamments avaient été employés sans succès par notre confrère, le docteur Danel, et c'est en désespoir de cause que celui-ci nous l'adressait, estimant que le traitement par l'eau était seul capable d'amener une rapide amélioration dans l'état du sujet.,

Le 7 novembre, nous commençons d'emblée par une douche en pluie de quelques secondes sur tout le corps. Nous la faisons suivre d'une douche en jets brisés, que nous promenons plus spécialement le long de la colonne vertébrale pendant environ une demi minute, L'eau employée avait une température de 10°.

Les douches ayant été bien tolérées, nous les continuons les jours suivants matin et soir.

Le 20 du même mois, nous constatons une notable amélioration. L'appétit reparaît, les aliments sont bien supportés, le sommeil semble revenu, l'avenir apparaît moins sombre à notre malade.

Le traitement est continué sans modification sensibles. La température de l'eau est toutefois abaissée à 8°. Nous donnons le même nombre de douches et de la même façon.

Le 22 décembre, M. X... se croit tout à fait guéri et veut nous quitter. Nous l'engageons à continuer pour rendre la cure définitive. L'amélioration persiste. M. X..., tout à fait rétabli nous quitte le 26 janvier.

Comme d'habitude, nous avons fait prendre à M. X..., avant de commencer le traitement, un purgatif, et pendant les premiers jours nous l'avons soumis à un régime froid. (Viandes légères, puis fortifiantes ; comme boisson, nous n'avons permis que l'eau froide.)

(*La Méd. Contemp.*) Em. Duval.

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Séance du 9 mars 1896. — Présidence de* M. A. Cornu

**Aberration et régression des lymphatiques en voie de développement** — M. L. Ranvier. Dans une précédente communication sur le développement des vaisseaux lymphatiques des mammifères, j'ai négligé avec intention tous les faits accessoires ou qui me paraissaient tels, afin de dégager la question et de la présenter dans sa plus grande simplicité. On y a vu que les troncs lymphatiques se développent par bourgeonnement. Les bourgeons de ces vaisseaux, constitués d'abord par un amas de cellules endothéliales embryonnaires, se canalisent ensuite et deviennent finalement autant de segments intervalvulaires. Les valvules des troncs lymphatiques s'établissent d'emblée et leur orientation invariable est la conséquence de leur mode de développement.

Les capillaires lymphatiques se forment par des bourgeons analogues ; seulement ces bourgeons sont creux dès l'origine et c'est de leur simple extension que semble résulter l'accroissement des capillaires et l'édification de leurs anastomoses.

C'est un fait bien curieux que l'affinité des lymphatiques les uns pour les autres et leur aversion pour les vaisseaux sanguins quels qu'ils soient. Jamais, en effet, les lymphathiques ne communiquent avec les vaisseaux sanguins.

La végétation des lymphatiques au moment de leur formation est extrêmement active. Elle dépasse souvent le but à atteindre. Il se produit même des lymphatiques dans des organes où l'on ne saurait en saisir la signification fonctionnelle, le grand épiploon par exemple. C'est là une aberration qui est suivie de régression Voici les faits :

Dans le grand épiploon du chat nouveau-né, fixé par l'acide picrique et coloré par l'hématoxyline et l'éosine, on observe sans difficulté un grand nombre de lymphatiques qui se terminent par des culs-de-sac. Ces lymphatiques suivent les travées vasculaires et cheminent à côté des artères et des veines. Quelques-uns d'entre eux s'avancent cependant dans les parties les plus minces et les plus transparentes de la membrane. Chez le chat adulte et même

lorsque l'animal a atteint seulement l'âge de trois mois, le grand épiploon s'étant réticulé, on n'y trouve plus de lymphatiques. Ils paraissent avoir disparu par régression. On reconnaît déjà des traces de celle-ci chez le chat nouveau-né. En effet, les lymphatiques y revêtent des formes qui ne cadrent pas du tout avec ce que nous savons aujourd'hui du développement de ces vaisseaux.

Parmi ces formes, je signalerai d'abord des vésicules allongées, complètement closes, présentant parfois une extrémité effilée. Ces vésicules paraissent correspondre à des portions du système lymphatique, isolées par suite de l'atrophie de parties intermédiaires.

La seconde forme sur laquelle je désire attirer l'attention est fort singulière ; un cul-de-sac est rempli d'une lymphe transparente dans laquelle nagent quelques leucocytes, et cette lymphe y est maintenue, ou plutôt retenue, par une paire de valvules dont le jeu est renversé. Il m'est encore impossible d'expliquer cette aberration vraiment bien extraordinaire.

Une troisième disposition des lymphatiques paraît être le résultat du tassement. Terminés aussi par des culs-de-sac, ils sont repliés et glomérulés à la manière des glandes sudoripares.

M. J. Renaut a figuré, dans son *Traité d'Histologie pratique*, les lymphatiques du grand épiploon d'un jeune lapin, terminés par des culs-de-sac. Ces culs-de-sac ne correspondent pas à des lymphatiques en voie de développement, mais bien plutôt à des lymphatiques arrivés au terme de leur évolution ou en état de régression.

Je conserve depuis près de vingt ans les préparations du grand épiploon du chat nouveau-né dont j'ai parlé tout d'abord. Il m'a été impossible de saisir la signification morphologique des lymphatiques qu'elle renferme, tant que je n'ai pas connu les chylifères des embryons de porc.

Chez ces embryons, à côté des formes que j'ai décrites et que j'ai considérées comme normales, on en rencontre d'autres qui me semblent être des phénomènes d'aberration ou de régression.

En premier lieu, j'ai trouvé dans le mésentère d'un embryon de 14 centimètres une vésicule lymphatique, à peu près sphérique et tapissée intérieurement de cellules endothéliales.

Chez un embryon de 18 centimètres, j'ai observé une vésicule semblable, reliée par un pédicule canaliculé à un segment intervalvulaire complètement formé. Chez le même embryon, un lymphatique se termine à la partie moyenne du mésentère par un cul-de-sac arrondi et au delà dans sa direction se voit une vésicule lymphatique, complètement isolée et dont les cellules endothéliales sont en régression.

Parmi les différents faits que j'ai pu observer, ceux que je viens de décrire sont les plus significatifs. Sans doute, il serait préférable de voir les phénomènes se dérouler sous les yeux ; mais les questions d'histogenèse qui comportent les preuves de ce genre sont encore extrêmement rares.

En terminant, qu'il me soit permis de faire remarquer que les vésicules lymphatiques, qui ne sont autre chose que de petits kystes, pourraient bien devenir le point de départ de tumeurs kystiques plus volumineuses.

**Sur la nature et la pathogénie des malformations de la hanche (luxations congénitales des auteurs).** — M. Lannelongue. Les auteurs appellent *luxations congénitales de la hanche* toutes les malformations de cette région du corps. C'est là une erreur qu'il importe de dissiper dès l'abord. Beaucoup de déformations congénitales de la jointure de la hanche ne sont pas caractérisées par un déplacement temporaire ou permanent de la tête fémorale sur l'os du bassin et, par conséquent, il n'y a pas, il n'y aura jamais de luxation. Dans d'autres circonstances au contraire, l'anomalie congénitale consiste dans un rapport anormal de la tête fémorale avec le cotyle, il y a véritablement déplacement, c'est-à-dire luxation. Ce déplacement est congénital ou tardif suivant qu'il se montre à la naissance ou après la marche. Il est dans les deux cas le résultat d'une atrophie de la cavité cotyloïde et la diminution de volume de cette cavité peut aller jusqu'à sa disparition totale. Ainsi s'explique la luxation qui, en somme, n'est qu'un accident de la malformation.

Ces considérations expliquent en partie du moins pourquoi l'histoire de ces malformations au point de vue pathogénique est environnée de la plus entière obscurité.

C'est qu'en effet, dans la plupart des théories, on n'a envisagé que la luxation, fait saillant et apparent en clinique, et on a laissé dans l'ombre la malformation, qui est le fait primordial et essentiel en réalité. Cette malformation consiste primitivement, dans une atrophie osseuse non seulement de la cavité cotyloïde dont le développement ne marche plus parallèlement à celui de la tête fémorale, mais aussi de la moitié de l'os iliaque du même côté. Les altérations osseuses initiales, et je ne parle que de celles-là (la luxation n'en étant elle-même qu'une conséquence immédiate ou plus tardive), comprennent donc autre chose que l'articulation, puisqu'elles la dépassent pour s'étendre à une partie de l'os iliaque. Mais ce n'est là qu'un premier point : il en est un autre qui a plus de portée encore.

On avait signalé comme complication et sans y ajouter d'importance, l'atrophie musculaire des muscles pelvi-trochantériens. L'observation était exacte, mais très incomplète.

L'atrophie musculaire n'atteint pas seulement les muscles précédents, elle frappe aussi les muscles de la cuisse, de la jambe, et l'on en juge très bien en comparant le volume de chaque mollet, les muscles de tout le membre inférieur, pour tout dire. Et cette atrophie n'est pas une complication, ni un accident, elle se voit dans tous les cas, elle constitue *une loi constante dans l'espèce*. On l'observe non seulement chez les sujets qui ont marché, mais avant la marche, et c'est même en ayant l'attention appelée sur elle chez des sujets n'ayant pas marché, que j'ai été amené souvent à explorer la hanche et à y découvrir une malformation que rien n'indiquait encore. Il va de soi que pour apprécier en clinique l'atrophie des muscles, il faut que la malformation soit unilatérale : sans cela le terme de comparaison échappe, puisque l'atrophie est bilatérale.

J'ai eu l'occasion de faire l'examen histologique des muscles atrophiés chez un nouveau-né à terme, atteint de malformation unilatérale, et nous avons constaté avec M. Achard que les fibrilles musculaires étaient intactes et que le tissu conjonctif interstitiel était lui aussi normal. Une seule chose était anormale, c'était le nombre des fibrilles musculaires ; il y avait à la fois moins de fibres et moins de faisceaux musculaires. L'examen avec le côté sain était concluant et la diminution se faisait remarquer aussi bien sur les

muscles du mollet que sur les muscles de la cuisse et de la fesse. En somme il n'y avait aucune dégénérescence des muscles plus ou moins comparable à celle de la paralysie infantile ; le nombre des fibrilles était seul réduit. Une certaine quantité d'entre elles ne s'étaient pas formées, ce qui revient à dire qu'il y avait une atrophie vraie par défaut de formation et non par dégénérescence. Cette atrophie musculaire était du même ordre que l'atrophie du cotyle et de l'os iliaque.

On ne trouva aucune altération du cartilage en Y, ni du cartilage permanent; le microscope révéla seulement une atrophie osseuse en rapport avec la diminution de capacité du cotyle. On peut lire tout les détails de ce fait dans ma communication au Congrès de Bordeaux, août 1895.

L'atrophie musculaire de tous les muscles du membre inférieur ne saurait dépendre en aucune manière, chez les sujets qui n'ont pas marché, de l'atrophie de la jointure. Elle est comme une lésion initiale et plus ou moins contemporaine de l'atrophie osseuse, et toutes les deux, à mon sens, doivent relever d'une cause commune. Je ne crois pas devoir donner ici, comme je l'ai fait à Bordeaux, les raisons qui m'ont fait rejeter, après discussions, les théories admises et accepter l'hypothèse que cette cause ne devait pas être placée dans le membre inférieur ou dans les deux membres, lorsque la déformation est bilatérale, mais bien dans le système nerveux central. J'émis alors l'opinion que la moelle épinière principalement, l'encéphale aussi parfois devaient être le siège d'une altération qui à son tour amenait l'atrophie des membres. Je crus alors pouvoir dire que cette altération devait être minime, temporaire peut-être, mais suffisante en tous cas pour amener le résultat précédent. J'attribuai principalement à une hydropisie des méninges de l'encéphale ou de la moelle, à des épanchements séreux de l'épendyme dus à l'irritation des cellules de ce canal, à des infiltrations médullaires ou à des altérations plus considérables des centres nerveux, la cause du trouble de développement.

L'observation clinique et le raisonnement étaient mes seuls guides pour justifier mon hypothèse alors. Je suis heureux de pouvoir les appuyer aujourd'hui d'une preuve décisive. Il s'agit d'une petite fille de 9 ans atteinte de luxation congénitale double, variété en haut et en arrière, n'ayant marché qu'à 2 ans et demi et qui a succombé il y a douze jours. Je transcris textuellement la Note de M. Baudet, l'interne qui a fait l'autopsie.

La moelle, à première vue, ne présente aucune altération, mais le renflement cervico-brachial est plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement ; il est beaucoup plus gros qu'un pouce d'adulte et est très supérieur au renflement lombaire qui nous paraît, au contraire, un peu rapetissé. A la coupe du renflement cervico-brachial, il s'échappe une certaine quantité de liquide citrin, à tension assez élevée, puisqu'il nous éclabousse et se répand immédiatement en dehors. Nous n'avons pu le recueillir. Le canal épendymaire qui, dans cette région est ovalaire transversalement, paraît losangique avec angles latéraux très écartés ; la paroi qui le borde est épaissie et tranche sur le reste de la moelle. Les cordons sont diminués de volume, mais la substance grise est conservée dans les cornes antérieures et postérieures. »

La théorie précédente n'explique pas la beaucoup plus grande fréquence de la malformation de la hanche chez les enfants du sexe féminin. Jusqu'ici on n'a pu donner qu'un argument sérieux que j'accepte, faute de mieux, celui de l'hérédité. Le fait ne saurait en aucune manière, d'ailleurs, diminuer la valeur des explications en faveur d'une cause première ayant son siège dans le système nerveux central.

**Influence de l'exanthème vaccinal sur les localisations microbiennes (infection concomitante et infection secondaire).** — M. S. Arloing. J'ai tenté plusieurs fois, comme beaucoup de bactériologistes, de cultiver l'agent virulent de la vaccine en milieu artificiel. Je me hâte de dire que ces tentatives n'ont pas réussi, en ce sens que je n'ai pas atteint le but visé; toutefois, elles m'ont permis d'observer un fait digne d'être mentionné au point de vue de la genèse des lésions polymicrobiennes.

Je dirai d'abord que, pour avoir des chances de cultiver une semence pure, je n'ai pas voulu la puiser dans les pustules provoquées par l'inoculation à la lancette d'un vaccin même épuré par un certain vieillissement, estimant qu'on peut toujours introduire quelques germes étrangers avec la lancette ; j'ai tenu à la prendre dans les pustules d'un exanthème vaccinal surgissant loin du point où le virus a été introduit dans l'organisme.

L'idéal eût été d'emprunter la semence aux pustules non encore ouvertes d'une vaccine spontanée. Mais comme celle-ci est très rare, si tant est qu'elle puisse naître sans inoculation à travers l'épiderme, j'ai dû me rabattre sur le horse-pox ou vaccine primitive. Et encore, comme les cas de horse-pox naturels ne s'offrent pas toujours à l'heure propice pour donner de la lymphe vaccinale pure, je me suis décidé à provoquer l'exanthème expérimentalement.

En cette occurrence, j'ai utilisé l'aptitude du jeune poulain à contracter une vaccine généralisée après l'introduction du vaccin dans le sang, aptitude bien mise en évidence par M. Chauveau à la suite de ses travaux sur *Vaccine et variole*. Le vaccin, dont je me suis servi pour faire des injections intra-veineuses, était du vaccin de génisse mis obligeamment à ma disposition par le service vaccinogène de la ville de Lyon.

Ces conditions préalables subordonnaient mes observations à des occasions propices et me condamnaient à marcher avec lenteur; aussi le début de mes recherches remonte-t-il déjà à plusieurs années.

J'ai donc puisé la semence dans des pustules non ouvertes de horse-pox spontané ou d'exanthème vaccinal provoqué. La peau où siégeaient ces pustules était rasée au besoin, et, dans tous les cas, minutieusement lavée avec une solution de sublimé corrosif, puis avec de l'eau stérilisée. Les pustules étaient ensuite excisées à l'aide d'excellents ciseaux courbes parfaitemnnt stérilisés. Enfin, j'enlevais à leur face profonde des tragments de derme que je déposais dans du bouillon glycériné. Ces fragments étaient parfois réduits en pulpe sur place avant d'être portés dans les milieux nutritifs. Toujours, j'eus grand soin de ne rien emprunter à la portion épidermique des pustules, vu qu'elle peut recéler des microbes venant de l'extérieur.

Quelques ballons ensemencés de cette manière restèrent stériles, les autres se peuplèrent d'un microcoque que j'ai propagé à travers plusieurs générations.

Malheureusement, ce microcoque partageait seulement l'habitat du virus vaccin. Inoculé au cheval ou à la génisse par piqûres épidermiques, il produisit non des pustules, mais simplement de minimes papules offrant à leur sommet

un peu de sérosité desséchée. Bien plus, injecté en grande quantité dans le tissu conjonctif sous-cutané de la génisse, il ne conféra pas l'immunité contre l'inoculation du vaccin à la lancette.

J'ai été vivement frappé de la pureté des cultures fécondes et de l'identité du microbe qui les peuplait, que la semence ait été prise sur des sujets différents ou dans plusieurs pustules d'un même sujet.

Ce microcoque, commensal du virus vaccin, existait-il dans l'organisme contaminé ou a-t-il été introduit au moment de l'inoculation intra-veineuse? Je l'ignore, mais qu'il ait préexisté ou non dans l'organisme, toujours est-il qu'il s'est porté vers l'extérieur avec le virus vaccin.

Puisqu'il est incapable de produire une pustule, il est impossible de lui attribuer la genèse de l'exanthème vaccinal, où je l'ai puisé. Par conséquent, sa migration vers le derme et sa fixation dans les pustules sont liées à l'éruption, sans laquelle le microcoque serait probablement allé périr inaperçu dans les réseaux capillaires ou dans les parenchymes.

Il s'agit donc d'un remarquable exemple d'*infection secondaire vraie,* auquel conviendrait davantage la désignation d'*infection concomitante.*

M. Le Dantec a fait observer, au Congrès de Médecine interne, tenu à Bordeaux au mois d'août 1895, que la lymphe vaccinale renferme toujours un staphylocoque qu'il fait procéder du terrain vivant (homme, génisse ou cheval) sur lequel on a cultivé le vaccin. Il appuie son opinion sur plusieurs bonnes raisons.

Mais on pouvait toujours objecter qu'ayant propagé le vaccin, au moyen de l'inoculation à la lancette, il avait peut-être introduit le staphylocoque dans la pustule.

Mes observations dégagent de ce soupçon celles de M. Le Dantec, puisqu'elles établissent la possibilité d'une pollution des pustules vaccinales de dedans en dehors. Il semble même que le virus vaccin jouisse d'une influence particulièrement remarquable, attractive ou entraînante, directe ou indirecte, sur quelques germes présents dans l'organisme.

Il est peu probable que cette influence appartienne au virus vaccin. Je me crois autorisé, sans exagération, à l'attribuer au virus d'autres maladies éruptives.

Si je ne me trompais pas, on s'expliquerait à la fois les espérances et les déceptions des bactériologistes qui se sont lancés à la recherche de l'agent spécifique de ces maladies dans les lésions superficielles. Outre que les exanthèmes peuvent être amicrobiens, c'est-à-dire l'œuvre de substances toxiques solubles, on comprend qu'ils soient hantés par des germes accidentels n'ayant rien de commun avec le virus des affections éruptives.

**Sur l'essence d'anis de Russie.** — MM. G. Bouchardat et Tardy. Cette note se résume ainsi : l'essence d'anis de Russie, du commerce, renferme une énorme portion d'anéthol $C^{20}H^{12}O^{2}$, puis de très petites quantités d'aldéhyde anisique; d'acétone anisique, $C^{20}H^{10}O^{4}$; d'acide anisique; de camphre anisique ou fenchone, $C^{20}H^{16}O^{2}$; de divers carbures de formule $C^{20}H^{24}$ et enfin de matières goudronneuses; toutes ces substances atteignant au plus le vingtième du poids de l'anéthol de l'essence d'anis de Russie.

**Sur un cas de division de la moelle et d'exostose du rachis chez un sujet atteint de « spina bifida » lombaire.** — M. V. Ménard. Nous avons disséqué une pièce anatomique, rare et instructive, provenant du musée de M. Lannelongue à l'hôpital Trousseau et appartenant à un sujet qui a succombé quelques jours après sa naissance.

La tumeur du *spina bifida,* offrant le volume d'une orange, occupe la région des lombes et l'orifice osseux, qui la fait communiquer avec le canal rachidien, est formé par l'écartement des lames de la deuxième et de la troisième vertèbres lombaires.

Depuis cet orifice jusqu'au niveau de la septième vertèbre dorsale, les deux cordons de la moelle sont séparés par suite de l'absence complète de la commissure médiane.

Une cloison de tissu cellulaire lâche remplit l'intervalle des deux moitiés de la moelle. Elle est renforcée sur un point par une exostose aplatie, que l'on peut comparer, en raison de sa forme à un fragment de scie portant deux dentelures.

Rattachée en arrière à la lame gauche de la huitième vertèbre dorsale, cette exostose s'avance vers la face postérieure de la dure-mère, la traverse en lui empruntant une enveloppe pour chacune des deux dentelures et passe entre les deux cordons isolés de la moelle; les deux pointes arrivent en contact de la partie antérieure de la dure-mère, lui sont adhérentes mais n'atteignent pas les corps vertébraux.

Cette production osseuse, à laquelle on pourrait donner le nom de *barre transmédullaire,* ne répond pas exactement à l'extrémité supérieure de la division de la moelle. Les deux cordons se réunissent un centimètre plus haut. Au niveau du *spina bifida,* ils affectent une disposition différente : le cordon du côté droit reste dans le canal rachidien avec sa situation et sa direction habituelles; celui du côté gauche pénètre au contraire dans la tumeur, contracte une adhérence intime avec sa paroi sur une hauteur de 2 centim., et rentre ensuite dans le canal vertébral. Le *spina bifida,* dans ce cas, est tellement asymétrique, qu'il participe de deux variétés différentes, de la *méningocèle* par sa moitié droite; de la *méningo-myélocèle* par sa moitié gauche.

Sur la partie divisée de la moelle, les nerfs rachidiens naissent à la surface des cordons médullaires suivant la manière habituelle, sauf en ce qui concerne la partie du cordon gauche, comprise dans la tumeur et plus spécialement la partie qui se trouve en apparence confondue avec la paroi.

Sur cette dernière prennent leur origine les trois premiers nerfs lombaires du côté gauche. Comme à la surface de la moelle normale, chacun de ces nerfs est formé par la convergence des racines antérieures et des racines postérieures. Mais ici les racines antérieures sont implantées suivant une ligne verticale, voisine du plan médian; les racines postérieures suivant une deuxième ligne verticale, située à 5 millimètres en dehors.

Les deux cordons médullaires se rejoignent au-dessous du *spina bifida* pour former la partie inférieure du renflement lombaire, qui descend jusqu'à la base du sacrum

Le *filum terminale,* plus court et plus gros qu'à l'ordinaire, se renfle inférieurement en une tumeur de structure fibreuse offrant la forme et le volume d'un noyau d'amande, et attachée en bas au coccyx.

Enfin, outre les anomalies précédentes, nous avons encore constaté dans l'épaisseur de la moelle la présence de trois cavités kystiques, dont deux siégeaient au niveau de la division dans le cordon du côté gauche; la troisième occupait la partie supérieure de la moelle dorsale. Chacun de ces

kystes, de forme ellipsoïdique, long d'un centimètre environ, nous a paru formé par une dilatation localisée du canal de l'épendyme.

Chez le même sujet, le rachis, dévié latéralement dans son ensemble décrit une courbe, irrégulière, concave à droite, constituée elle-même par deux angles rentrants qui répondent par leur sommet l'un à la quatrième vertèbre dorsale, l'autre à la douzième. Or, d'une part, la moitié droite du corps de la quatrième vertèbre dorsale fait défaut; les quatrième et cinquième côtes sont fusionnées en une côte unique ; de même les quatrième et cinquième nerfs, distincts dans le canal rachidien sont à l'extérieur réunis en un seul tronc. D'autre part, la douzième côte fait aussi défaut et les quatre derniers corps vertébraux de la région dorsale sont atrophiés dans leur partie droite et retardés dans leur ossification. Chacune des déviations anguleuses du rachis trouve ainsi une explication anatomique.

La division de la moelle dans le *spina bifida* a été observée par divers auteurs : division totale sur toute la longueur de la moelle (Ollivier d'Angers), division partielle (Sandifort, Nadorp, von Ammon, E. Rose, etc.). Mais les cas dans lesquels la division médullaire se trouve compliquée par la présence de la production osseuse, que nous appelons la barre transmédullaire, sont peu nombreux. J. Cruveilhier (1), Houel (2), Recklinghausen (3), C. Taruffi (4) en rapportent chacun un exemple; Humphry (5) a pu en réunir six dans tous les musées de la Grande-Bretagne.

Dans tous les cas, sauf dans le nôtre, le spina bifida appartenant à la variété des méningocèles. Les auteurs rapportent, au contraire, des exemples de division de la moelle, sans barre transmédullaire, dans lesquels l'un des cordons de la moelle ou tous les deux pénétraient dans la tumeur (méningo-myélocèle).

La division de la moelle et la présence d'une barre osseuse, séparant les deux cordons, constituent une intéressante anomalie de développement. Les deux faits coïncident sans affecter entre eux aucune relation pathogénique puisque la division de la moelle n'a pu se produire qu'à une époque très peu avancée de la vie embryonnaire La transformation de la gouttière médullaire de l'embryon en tube complet, sa séparation du feuillet corné ont lieu avant la troisième semaine chez l'embryon humain. La méningo-myélocèle, anomalie caractérisée comme l'ont montré Tourneux et Martin par le défaut d'occlusion de la gouttière médullaire, a son origine dans le stade de la vie embryonnaire où cette gouttière médullaire est encore ouverte. Il ne semble pas que la division de la moelle, surtout lorsqu'elle se complique de méningo-myélocèle unilatérale, comme chez notre sujet, ou bilatérale, puisse dater d'une période moins hâtive.

La production de la barre transmédullaire est plus tardive, puisqu'elle se rattache au développement du feuillet mésodermique.

Si l'on peut d'après l'embryologie indiquer avec quelque précision à quelle époque de la vie embryonnaire se produit le *spina bifida*, si l'on en saisit assez bien le mécanisme pathogénique, la cause de ce mécanisme, au moins chez les mammifères, nous en échappe complètement.

Cette cause, quelle qu'elle soit, exerce son action sur la totalité ou sur une grande partie du système nerveux central. Mais le *spina bifida* n'est pas une anomalie localisée exclusivement au niveau de la tumeur. Les altérations du névraxe sont diffuses et complexes. On l'oublie trop. C'est la principale raison qui fait que, dans la pratique, les chirurgiens se sont trop illusionnés sur la valeur des divers traitements qui n'ont qu'une action locale ne s'adressant qu'a la tumeur. L'observation prolongée des malades démontre jusqu'ici l'impuissance très fréquente, sinon constante, de la thérapeutique du *spina bifida*.

(1) J. Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. I, fasc. II, Pl. III; Paris 1830

(2) Houel, *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie* : 1877.

(3) Recklinghausen, *Archives de Virchow*, vol. CV ; 1886.

(4) Taruffi, *Tératologie*, t. VI. Première Partie, p. 197 ; 1891.

(5) Humphry, *The Journal of Anatomie*, vol XX, p. 585; 1886.

**Influence de la franklinisation sur la menstruation.** — M. E. Doumer. On a constaté que la franklinisation exerce une action sur la menstruation. J'ai pu profiter des ressources que m'offrait un service spécial d'électrothérapie, pour me livrer à une enquête portant sur un grand nombre de cas.

» Cette enquête a porté sur 400 femmes, prises toutes à l'âge d'activité utérine : 342 étaient saines au point de vue utérin et venaient réclamer nos soins pour des troubles étrangers aux organes de la génération ; les 58 autres présentaient des troubles divers de la menstruation, parmi lesquels dominait la dysménorrhée.

» Sur ces 400 femmes, 375, soit 68,5 pour 100, ont vu leurs périodes menstruelles avancer sous l'influence de la franklinisation. Cette avance, surtout sensible pendant les deux premiers mois du traitement, a varié de deux à dix jours ; elle s'est parfois prolongée pendant toute la durée du traitement, et a même continué après sa cessation complète ; 2 fois seulement, il y a eu du retard ; enfin, 124 fois, il n'y a eu aucune modication dans la date de l'apparition des règles.

. L'augmentation du flux sanguin, sur ces 400 cas, a été constatée 308 fois, soit 77 pour 100. Elle s'est manifesté surtout pendant les premiers mois de traitement.

Sur 400 femmes, 178 se plaignaient de douleurs plus ou moins vives au moment des règles, soit la veille, soit le jour de leur apparition, soit pendant toute leur durée. 130 se sentirent soulagées, soit 73 pour 100. Les douleurs menstruelles cessèrent, en général, dès les premières séances pour ne plus revenir.

Le simple bain statique suffit, en général, pour obtenir ces résultats ; cependant l'effluvation ou bien la friction dans la région des lombes les produit plus rapidement et avec une intensité plus grande. Les pôles ne paraissent pas avoir d'action différentielle bien marquée. Je me suis servi, dans ces recherches, d'une machine statique genre Wimshurt, donnant une différence de potentiel de 60,000 volts et ayant un débit de $12^{e}$ coulombs par seconde.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 17 mars 1896. — Présidence de* M. Hervieux

La Correspondance comprend une lettre de M. le Dr Calot, de Berck-sur-Mer, qui prie l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté.

**Mort de M. Sappey.** — M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. le professeur Sappey.

M. François Frank lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe au nom de l'Académie. (Applaudissements.)

M. Sappey ayant été président en 1887, la séance est levée en signe de deuil.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 6 mars. - Présidence de* M. d'Heilly

**Revision des angines à streptocoques.** — MM. Widal et F. Bezançon. Le diagnostic d'angine à streptocoques est un de ceux que l'on porte le plus fréquemment en clinique; c'est un de ceux qui cependant nous paraissent le plus sujets à revision. Dans un précédent travail, nous avons déjà signalé la présence constante du streptocoque dans la bouche de 49 malades atteints des affections les plus diverses (angine diphtérique, angines pseudo-membraneuses non-diphtériques, angines pultacées, angines phlegmoneuses, ulcérations tuberculeuses de la gorge, érysipèle, scarlatine, rougeole, variole, fièvre typhoïde, pneumonie, grippe, phtisie pulmonaire; bronchite, purpura, infection puerpérale). D'autre part, la présence constamment décelée du streptocoque dans la bouche de 20 personnes saines nous avait déjà permis d'avancer que ce microbe se trouve aussi fréquemment dans la bouche normale que le coli-bacille dans l'intestin. Des examens bactériologiques récemment répétés de bouches saines ou malades nous ont toujours donné le même résultat.

Récemment M. Lemoine, dans 165 cas d'angines aiguës de causes les plus diverses, a trouvé comme nous dans tous les cas le streptocoque. Il a montré, de plus, qu'en pratiquant la ponction de l'amygdale suivant le procédé de M. Vaillard, on peut isoler le plus souvent à l'état de pureté dans les angines aiguës le streptocoque de la profondeur même de l'amygdale. Bourges, qui a eu le mérite d'insister un des premiers avec Wurtz sur la présence du streptocoque dans l'exsudat de l'angine scarlatineuse, avait déjà figuré dans sa thèse une coupe d'amygdale scarlatineuse dont le tissu est profondément infiltré de streptocoques abondants. Le streptocoque ne se retrouve pas d'ailleurs seulement dans la profondeur de l'amygdale malade, on peut le retirer également de l'amygdale des gens bien portants. Chez 5 personnes saines, nous avons pratiqué la ponction de l'amygdale suivant le procédé de M. Vaillard et chaque fois nous avons retiré le streptocoque.

Est-il possible d'établir des distinctions entre les divers streptocoques trouvés ainsi dans la bouche saine ou malade? De notre enquête, il est résulté que tous les prétendus caractères distinctifs des streptocoques de la bouche normale ou pathologique n'ont qu'une apparence de réalité et que si l'on étudie un grand nombre d'échantillons de streptocoques de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale ou des suppurations, on retrouve, entre ces mêmes microbes et souvent même dans les ensemencements successifs d'un même échantillon, des variations aussi grandes.

Reste la question de virulence. Peut-on trouver un élément de différenciation entre les divers streptocoques en recherchant le degré de virulence présenté par eux? Pour juger de la virulence des nombreux échantillons de streptocoques isolés par nous depuis plusieurs années, nous avons l'habitude d'inoculer sous la peau de l'oreille du lapin à la dose de 1 cc. 1/2 une culture de bouillon vieille de 2 à 3 jours, et prélevée sur le tube de gélose primitif 24 heures après l'ensemencement. Cette inoculation dans le tissu cellulaire sous-cutané permet d'apprécier la gamme de virulence présentée par les streptocoques. Or, pour qu'un streptocoque exalte sa virulence, il ne suffit pas qu'il végète dans la bouche d'un malade, il faut en général qu'il pénètre l'économie. Ce que nous avons observé chez les varioleux est instructif à cet égard. Les streptocoques isolés de leur bouche pendant la vie sont presque toujours dénués d'action pathogène, ceux retirés de leur sang et de leurs tissus sont doués d'une grande virulence.

Le fait que le streptocoque se retrouve toujours à la surface ou dans la profondeur de l'amygdale saine ou malade nous montre que la présence de ce microbe sur les tubes de culture ne peut guère aider au diagnostic des angines. D'autre part, si les streptocoques isolés de la bouche des angineux ont quelquefois une certaine virulence, leur action pathogène n'est pas assez constante pour permettre d'établir rapidement, en vue du diagnostic clinique, leur distinction avec les streptocoques de la bouche normale.

La bactériologie qui nous a rendu le plus précieux des services, en nous permettant le diagnostic rapide et certain de l'angine diphtérique, ne nous autorise pas, à l'heure actuelle, à nous baser sur la présence des streptocoques pour distinguer nosographiquement les angines aiguës. En prenant cette base de classification, on risquerait de ne plus distinguer que deux variétés d'angines aiguës, les diphtériques et les non diphtériques, et cette classification serait par trop simpliste. Il faut se souvenir que les infections d'une cavité ouverte, constamment peuplée de germes comme la bouche, sont plus difficiles à classer que les infections d'une cavité close, normalement aseptique, comme la plèvre par exemple.

Les angines aiguës, érythémateuses ou pseudo-membraneuses, dans lesquelles on retrouve le streptocoque, ne sont donc pas suffisamment classées par la bactériologie. Sans nier le rôle que ce microbe doit souvent jouer dans leur genèse, tout en reconnaissant son rôle capital dans leurs complications, nous avons voulu seulement montrer qu'à l'heure présente les angines aiguës non diphtériques doivent continuer à être classées d'après leur étiologie générale, leur aspect local et leur évolution clinique.

**Mort subite au cours de la chlorose par embolie pulmonaire.**— M. Hayem. Je présente une pièce relative à un cas de mort subite par embolie pulmonaire, au cours de la chlorose. Il s'agit d'une malade âgée de 21 ans, entrée pour un cas de chlorose pure. Cette jeune fille avait présenté en 1895 une phegmatia alba dolens du membre inférieur gauche. Dans son histoire clinique, il ne faut retenir que l'existence d'un souffle cardiaque variable dans son intensité et sa production, analogue tantôt à un souffle, tantôt à un frottement. A l'occasion d'une émotion violente, cette malade fut prise d'étouffement et mourut en une minute.

A l'autopsie, on trouva l'artère complètement oblitérée par un caillot. Les coagulas trouvés étaient de deux ordres; les uns, récents, flottants, de couleur grisâtre et friables; les anciens, adhérents, restés en place. Le point de départ de ces coagulations siégeait dans le cœur: il consistait en un caillot en battant de cloche, siégeant dans la pointe du cœur droit, plus rapproché de la cloison, et rattaché par un mince pédicule, encroûté de sels calcaires. Ce caillot était recou-

ert d'une tête végétante, qui, battue par le flot sanguin, l'est détachée et est venue oblitérer l'artère pulmonaire.

Ce cas rappelle ceux qui sont décrits dans la littérature médicale sous le nom de polypes du cœur. Il appartient aux coagulations que j'ai dénommées caillots par battage. Sur la paroi interventriculaire, on trouve, en effet, un certain nombre de petites coagulations analogues, dont la pointe s'engage dans le tissu caverneux. Il est important de remarquer que la malade n'a jamais craché de sang. D'ailleurs les poumons sont atélectasiés et ne sont que très peu infiltrés de sang.

Cette observation est intéressante au point de vue de la formation de ces caillots; il se forme probablement de l'endocardite pariétale qui végète et vient recouvrir les caillots anciens. Elle indique, en outre, une affection probable de l'endocarde, avec embolie pulmonaire possible.

**Erythème infectieux dans la fièvre typhoïde.** — M. L. GALLIARD. Un homme de 30 ans, soigné dans mon service à l'hôpital Tenon pour une fièvre typhoïde ataxo-adynamique, a présenté à partir du 10e jour une belle éruption de taches rosées lenticulaires. Il a eu des hémorragies intestinales du 15e au 20e jour. Le 22e jour, j'ai constaté un piqueté rougeâtre aux poignets, au pli des coudes, aux malléoles externes, aux creux poplités. Le 23e jour, les macules étaient nombreuses, larges, souvent confluentes dans ces régions; on en trouvait aussi aux aines, à l'abdomen, au thorax; les placards étaient symétriques. L'érythème ne fut visible que pendant trois jours. On ne put l'attribuer à aucun médicament, le malade ayant été traité seulement par les bains froids et n'ayant pris que 2 ou 3 doses de quinine au début.

Vomissements, albuminurie, délire, adynamie. Mort le 38e jour. Pas d'autopsie.

**Souffle extra-cardiaque.** — M. HUCHARD rapporte l'observation d'une malade atteinte de néphrite interstitielle avec hypertrophie du ventricule gauche. On avait pensé à l'existence d'une insuffisance aortique en présence d'un souffle diastolique à la base du cœur. L'autopsie démontra que l'orifice aortique et les valvules sigmoïdes étaient absolument sains. Il s'agissait d'un bruit de souffle extra-cardiaque.

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

*Séance du 12 mars 1896. — Présidence de* M. E. BESNIER

**Scrofulo-tuberculose cutanée et fièvres éruptives.** — M. FEULARD. J'ai l'honneur de présenter à la Société deux enfants atteints de scrofulo-tuberculose cutanée à manifestations multiples. Le premier est un garçon de 12 ans et demi qui, depuis une rougeole survenue à l'âge de 3 ans, a d'abord présenté des adénites du cou, lesquelles se sont ramollies, ulcérées et dont le pus a inoculé les parties voisines; puis les lésions ont envahi successivement les autres régions du corps. Actuellement, tout autour du cou, gommes ramollies, cicatrices dont l'une occupe toute la joue gauche, tuberculides lupiformes; sur les bras, gommes en activité et nombreuses cicatrices, les unes encore fistuleuses; le membre inférieur droit est le siège de vastes lésions, gommes géantes à la région antéro-supérieure de la cuisse, grande cicatrice recouverte de nombreux placards tuberculeux ulcéro-croûteux occupant toute la région postérieure de la jambe; enfin sur le tronc de nombreuses petites papules rouges miliaires analogues à celles du lichen scrofulosorum et qui sont certainement de petites folliculites tuberculeuses. Le père et la mère et trois autres enfants sont sains.

Le deuxième sujet est une fillette de 6 ans déjà traitée depuis 5 mois et qui n'a plus que les cicatrices des gommes cutanées qu'elle présentait quand elle a été vue pour la première fois en novembre dernier. Le fait le plus important de l'observation est l'étiologie

Cette fillette et sa sœur, âgée de 11 mois seulement, ont été atteintes en même temps de varicelle en février 1895, dans le même logement vivait le père des deux enfants tuberculeux déjà avancé et expectorant abondamment. En juillet suivant, la plus jeune des fillettes fut atteinte de tuberculose pulmonaire et méningée et succomba; c'est au même moment que l'aînée présenta ses premières manifestations cutanées. Nous ne doutons pas que ces enfants aient été inoculées au moment de leur varicelle; chez l'une plus résistante, l'infection est restée, quant à présent du moins, cutanée; chez l'autre, plus débile, l'infection a été viscérale et a causé rapidement la mort. Chose curieuse, c'est au même moment qu'apparurent les manifestations tuberculeuses, 4 mois après l'infection probable.

**Lésion simulant un chancre syphilitique.** — M. DU CASTEL. Voici un malade qui porte à la verge des lésions absolument semblables à des chancres syphilitiques, à tel point qu'à première vue le diagnostic ne semblait pas discutable; mais en l'interrogeant nous apprîmes que cet homme avait déjà été soigné, il y a 6 ans, dans le service de M. Fournier qui fit chez lui le diagnostic de chancre spécifique. La nature de ces premiers accidents ne saurait donc être mise en doute. En décembre dernier, il se produisit de l'œdème du prépuce et il y a 3 semaines survinrent sur la même région deux boutons qui furent le point de départ de la double lésion qu'on voit aujourd'hui de chaque côté du frein; aussi me suis-je demandé s'il s'agit d'un cas de réinfection syphilitique ou de syphilides chancriformes? J'ai cru devoir vous le présenter parce qu'il ramène naturellement au problème toujours intéressant de la réinfection syphilitique dont je n'ai, pour ma part, jamais pu constater aucun fait authentique.

**Tuberculose ulcéreuse de la main.** — M. DU CASTEL. Voici un malade qui présente à la face palmaire de la main une ulcération tuberculeuse très caractérisée. Par sa profession, cet homme qui est sellier se fait fréquemment de petites plaies à ce niveau. Mais jusqu'alors ces petites lésions accidentelles avaient toujours facilement guéri. C'est depuis un an seulement que l'ulcération actuelle a pris les caractères que vous lui voyez aujourd'hui et cela a coïncidé avec le début d'un état cachectique qui persiste encore.

**Zona ophtalmique simulant un érysipèle.** — M. DANLOS. Je vous présente un malade atteint d'une zona ophtalmique ayant eu pendant plusieurs jours une étroite analogie avec un érysipèle léger de la face. Les symptômes simulant l'érysipèle étaient :

1° Une adénopathie rétro-auriculaire douloureuse à la pression;

2° Une grande irrégularité dans la forme et les dimensions des vésicules qui n'étaient ni disposées d'une manière

évidente sur le trajet des nerfs ni groupées comme dans le zona ;

3° Un gonflement considérable de la *moitié droite* de la face et du cuir chevelu avec extension à la région de l'œil *gauche*.

Les symptômes généraux, le caractère des douleurs, l'examen du bord marginal, laissaient le diagnostic incertain.

En faveur du zona on notait :

1° Que la région vésiculaire était strictement limitée par la ligne médiane du front.

2° Que la vésiculation étendue à la totalité de la zone érythémateuse était hors de proportion avec la rougeur ;

3° Que certaines vésicules reposaient sur une base ecchymotique bien visible par transparence ;

4° Que la moitié droite de la langue était un peu sensible et montrait une turgescence des papilles fongiformes, indice de la participation du nerf maxillaire inférieur ;

5° Enfin, et c'était là le signe capital que la zone vésiculeuse était parsemée de points d'anesthésie au niveau desquels la piqure d'une épingle était à peine sentie.

**Syphilis maligne d'origine infantile.** — M. Danlos. Voici un enfant de 15 ans, syphilis par allaitement à la fin de sa première année. Malgré l'absence de tout traitement, la maladie semble être restée latente pendant 12 années ou ne s'être manifestée que par un arrêt général du développement. Depuis 3 ans des lésions spécifiques se sont montrées et, comme leur nature a été méconnue, elles ont produit sur le visage d'affreuses mutilations. (Effondrement du nez, destruction des paupières, altération profonde de l'œil droit, etc.) Un traitement spécifique énergique de trois semaines a déjà produit de grandes modifications notamment sur l'œil dont la cornée absolument indistincte s'est éclaircie ; mais la réparation complète est impossible. Je me demande pourquoi la syphilis a pris dans le cas actuel ce caractère de malignité et pourquoi celle-ci ne s'est révélée qu'après 12 ans d'accalmie. Je n'ai pu donner à ces deux questions de réponse satisfaisante.

**Deuxième note sur une dermatite suppurative.** — MM. Hallopeau et Prieur. Cette dermatose, constamment caractérisée par des soulèvements d'emblée purulents et se trouvant ainsi nettement différenciée des dermatites herpétiformes et autres pemphigus, a continué à être remarquable par la singularité de ses formes éruptives simulant tantôt différents signes de l'alphabet, tantôt des étoffes finement plissées ; elle a envahi progressivement toute la surface tégumentaire ainsi que la muqueuse des premières voies ; elle a fini par entraîner la mort, soit que la malade n'ait pu résister à l'énorme abondance de la suppuration et à la persistance de la fièvre, soit que la résorption secondaire du pus exécrété et envahi secondairement par les microbes septiques ait déterminé une intoxication ; le trouble généralisé et persistant dans les fonctions de la peau a pu également contribuer à hâter la terminaison fatale.

**Syphilome secondaire en nappe du cuir chevelu simulant l'eczéma séborrhéique.** — MM. Hallopeau et G. Bureau. Ce syphilome, affection des plus rares, amène une alopécie tout à fait distincte de l'alopécie en clairière que l'on observe souvent dans la syphilis secondaire ; le cuir chevelu présente dans presque toute son étendue une coloration érythémateuse avec production de squames relativement larges et épaisses ; l'alopécie consécutive est diffusée dans la totalité de la région ; les cheveux peu abondants qui persistent sont grêles et atrophiés ; ces altérations donnent l'idée d'un eczéma séborrhéique grave et invétéré : ce qui indique la nature syphilitique de cette éruption, c'est la présence à son pourtour de plaques muqueuses cutanées nombreuses et caractéristiques.

**Erythème suraigu du dos des mains.** — MM. Hallopeau et André Jousset. Ce malade, diabétique, présente sur le dos des mains une éruption érythémateuse et purulente dont la disposition rappelle exactement celle d'une paire de mitaines. Son caractère d'acuité contraste avec la bénignité d'une éruption érythémateuse survenue concurremment dans la région cervicale ; il ne s'agit pas de diabétides, il faut attribuer seulement à l'influence glycosurique un léger sphacèle linéaire limitant en haut l'éruption des mains.

Si, comme il est très vraisemblable, cette éruption est due à l'action des toxines, on ne s'explique pas comment ces agents donnent lieu simultanément à des manifestations si torpides du côté du cou et si aiguës du côté des mains, pas plus que l'on ne s'explique la reproduction constante *in situ* des éruptions provoquées par l'antipyrine et l'iodure de potassium.

**Pemphigus foliacé consécutif à une dermatite herpétiforme.** — MM. Hallopeau et André Jousset. Le malade a présenté successivement les signes de ces deux dermatoses ; cette transformation peut s'expliquer, soit par un changement dans le mode de réaction du sujet, soit par une modification dans la quantité ou la qualité des toxines pathogénétiques.

**Dermatite herpétiforme de la grossesse.** — MM. Fournier et Canuet présentent une malade âgée de 30 ans, atteinte de dermatite herpétiforme, qui récidive pour la 4e fois au cours d'une 8e grossesse.

L'éruption s'est montrée au 2e mois de la grossesse avec le plus grand polymorphisme. Des 7 grossesses antérieures, les 4 premières ont évolué sans manifestation cutanée ; au cours des 5e, 6e, 7e grossesses l'affection a présenté une intensité variable.

**Chimisme gastrique dans le traitement mercuriel.** — MM. Gastou et Baron font une communication sur ce sujet.

**Paralysie syphilitique à forme spasmodique.** — M. Fournier. Le malade qui fait le sujet de cette communication présente quatre symptômes : 1° une impotence des membres inférieurs par raideur musculaire ; 2° une exagération des réflexes rotuliens ; 3° du clonus du pied ; 4° des troubles vésico-rectaux.

Cette paraplégie est quelquefois un phénomène précoce de la localisation médullaire ; dans le cas en question elle est apparue au 14e mois de la syphilis.

Cette forme est d'un pronostic grave. Dans tous les cas observés par l'auteur, les traitements les plus énergiques n'ont amené aucune amélioration.

M. Fournier communique une note du Dr Yahoukiam, relative aux chancres extra-génitaux observés par lui à Constantinople.

**Application des greffes dermo-épidermiques.** — M. Terrier, au nom de M. Tenneson et au sien, présente quelques malades traités par la méthode des greffes et qui tous ont retiré de son application un bénéfice réel et rapide, tant dans le cas d'ulcère de jambe que dans celui de lupus tuberculeux.

Dr Barbe.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 18 mars. — Présidence de* M. Ch. Monod.

**Appendicite perforante. Résection de l'appendice. Guér son.** — M. Picqué fait un rapport sur deux cas de phlegmon de la fosse iliaque droite déterminé par une appendicite. Dans un des deux cas on put faire la résection de l'appendice. Dans le second l'ouverture du phlegmon suffit à amener la guérison.

**Tumeur fibreuse du dos de la main. Corps étranger.** — M. Chevassu envoie l'observation d'un jeune soldat qui se blessa le dos de la main droite avec une épine qui se rompit dans la plaie. Survint à la suite une tumeur du volume d'un macaron, dure, immobile. On porta le diagnostic de tumeur fibreuse autour d'un corps étranger, adhérent au tendon extenseur. La dissection de la tumeur et la réunion immédiate amenèrent une guérison rapide.

**Rupture traumatique de l'urèthre. Uréthrectomie. Guérison.** — La déchirure du canal dans la portion bulleuse était incomplète. On sutura le canal et on laissa une sonde à demeure. Les suites furent simples et la guérison fut rapide.

A cette occasion M. Picqué cite un cas de rupture de l'urèthre pour lequel il fit une suture parauréthrale.

**Cholélithiase biliaire.** — M. Tuffier. Je ne veux m'occuper que de la lithiase de la vésicule même.

Une malade présentait des accès gastralgiques, ne s'accompagnant ni d'ictère, ni d'issue de calculs; — ou diagnostiqua tumeur liquide de la vésicule biliaire avec restriction de la possibilité d'un kyste hydatique ou d'une tumeur du cholédoque. La laparotomie montra une tumeur sous le foie, transparente comme un kyste hydatique du foie dont la ponction donna un liquide transparent, eau de roche. Je suturai le kyste à la paroi et j'ouvris le kyste. J'y trouvai 23 calculs biliaires. Je drainai la vésicule et la guérison se fit sans incidents en 20 jours. Ce liquide transparent, qu'on a appelé bile incolore, est dû à une secrétion des glandes muqueuses de la vésicule.

Dans 13 autres cas que j'ai eus sous les yeux, j'ai toujours fait la même opération, quelle qu'ait été la complication qui accompagnait la lithiase : vésicule non infectée (4 fois), vésicule infectée (9 fois); j'ai eu ainsi 3 morts sur les 13 cas. Les malades étaient toutes des femmes. La date d'apparition des accidents, le nombre des calculs ne semblent pas avoir d'importance. Trois fois seulement la vésicule était volumineuse. Les suites opératoires ont varié. Ce n'est, sauf dans deux cas, que vers le 4e ou 5e jour que la bile a coulé abondamment. Trois fois seulement la fistule a duré plus d'un mois. Il n'y eut chez aucune malade de récidive des calculs. Ces bons résultats sont en faveur de la cholécystotomie simple temporaire avec drainage, plus bénigne que la cholécystectomie ou la cholécystotomie idéale.

Il ne faut pas tenter précocement l'oblitération précoce de la fistule. La perte de bile considérable par la fistule n'affaiblit pas les malades au point de forcer à intervenir hâtivement et on peut sans crainte attendre la fermeture spontanée de la fistule qui se fait toujours avant deux mois.

**Pseudarthrose du tibia soignée et guérie par une injection de teinture d'iode dans le foyer de la fracture.** — Communication par M. Tachard.

M. Schwartz. J'ai eu un cas de pseudarthrose dans lequel l'électrolyse, procédé analogue à celui qui a donné de si bons résultats à M. Tachard, a amené la consolidation.

**Suites éloignées fâcheuses de fracture du tibia.** — Présentation de malade par M. Hartmann.

Dr F. Verchère.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Seance du 14 mars.*— Prés. de M. Ladreit de Lacharrière

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La Correspondance manuscrite comprend de nombreuses lettres reçues à propos du centenaire et qui portent à 82 le nombre actuel des adhésions au banquet; une lettre de M. Perrin, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance; une lettre de M. Tissot, administrateur de l'almanach Hachette.

M. le président annonce que M. Nicolas, membre correspondant, vient de recevoir le prix Gay.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels; le *Centre médical et pharmaceutique* de Gannat.

M. Jacques de Narkiewiez Jodko expose ses *Théories sur l'électrographie et ses nouvelles méthodes de traiter l'organisme par l'électricité.* (Voir ci-dessus page 177.)

Cette communication a été interrompue à plusieurs reprises par d'unanimes applaudissements. Pour marquer la particulière satisfaction de la Société, M. de Beauvais propose de nommer séance tenante M. de Narkiewiez Jodko membre correspondant. Cette motion, bien que dérogeant aux statuts, vaut à son auteur non moins qu'au savant russe une ovation chaleureuse et prolongée. M. de Narkewiez Jodko est nommé membre correspondant.

Au cours de la séance, M. Cazin et M. Delmas ont été nommés à l'unanimité membre titulaire et membre correspondant.

La séance est levée à 6 heures 1/4.

## THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

### Du traitement de l'attaque de goutte aiguë par la pipérazine

Comment faut-il traiter l'attaque de goutte? Et d'abord faut-il traiter l'attaque de goutte aiguë? Voilà deux questions qui, pour bon nombre de médecins encore, sont résolues d'une façon bien différente. Car « tout impertinente que peut paraître la question de savoir s'il faut traiter l'accès de goutte, à ceux qui ont éprouvé les tortures de la podagre » (Trousseau), certains médecins considèrent l'accès de goutte comme devant être respecté, et se bornent à traiter la diathèse goutteuse dans l'intervalle des accès. Il est certain qu'en effet, chez le goutteux, c'est d'abord et avant tout le traitement de la diathèse qu'il faut instituer. Mais lorsqu'on est en présence d'un goutteux en puissance d'attaque, que l'on assiste à ses douleurs atroces, il est bien difficile « dit Trousseau, pourtant peu partisan d'une intervention active, de refuser tout secours au malheureux qui l'implore. On est alors obligé de céder, de peur que les patients désespérés n'aient recours à ces antigoutteux qui, pris sans mesure et sans contrôle, couperaient l'accès en engageant l'avenir. »

Aujourd'hui, mieux renseignés sur la pathogénie des accidents de la goutte remontée, tous les auteurs sont

d'accord sur l'innocuité du traitement de l'accès. Nous savons, en effet, que les accidents viscéraux observés chez les goutteux, sont sous l'influence des lésions viscérales fréquentes chez ces malades, et en particulier, des altérations des reins, et du cœur et des vaisseaux. « Il est « incontestable, écrivait en 1867 le professeur Charcot dans « ses annotations du *Traité de la goutte de Garrod*, que les « symptômes qui appartiennent à cette lésion cardiaque « (dégénérescence graisseuse) ont été mis souvent sur le « compte de la goutte viscérale. Tels sont, par exemple, « les accès d'asthme cardiaque, avec tendance à la syncope « et suppression momentanée du pouls (Hervez de Chégoin), les douleurs vives de la région précordiale irradiant le long du bras et simulant ainsi l'angine de poitrine. »

Quant au rein goutteux, déjà pressenti par Rayer (*Traité des maladies des reins*, tome I, page 42), qui signalait la présence de grains d'acide urique dans la substance corticale et tuberculeuse du rein, par Wirchow et Litten en Allemagne, par Todd, Dickinson, Garrod en Angleterre, c'est surtout depuis le mémoire classique de Charcot et Cornil à la Société de Biologie, en 1863, que les recherches se sont portées sur les altérations du rein chez les goutteux. Aussi la fréquence, bien connue maintenant, de ces altérations rénales, fait-elle dire à Dujardin-Beaumetz (Clin. thérapeutique, t. III) que presque tous les accidents « métastatiques » de la goutte sont des accidents urémiques.

Ce sont donc ces deux ordres de lésions surtout : du rein d'une part, du cœur et des vaisseaux de l'autre, qui devront nous rendre prudents dans le traitement de la goutte aiguë, mais surtout au point de vue du choix des médicaments. Car il peut n'être pas indifférent d'administrer du colchique ou du salicylate de soude à un rénal ou à un cardiaque. « Chez le goutteux, dit Durand-Fardel, c'est la lésion du « rein qui fait que telle substance, qui avait agi comme un « remède salutaire chez l'un, devient un toxique chez « l'autre, sans que pour cela il y ait lieu de parler de mé« tastase ni de goutte rétrocédée. »

Or, les deux médicaments réellement actifs de la goutte : le colchique, dont Fiévée a dit qu'il était à la goutte ce que la quinine est à la fièvre palustre, et le salicylate de soude, sont précisément les deux médicaments dont nous ayons le plus à craindre les « effets cumulatifs » (cumulative effects) que Todd avait déjà observés à propos du colchique. Bouchardat (*Annuaire de thérapeutique*, p. 136, 1853) nous dit : « Le colchique peut être rapproché de la digitale ou de la « strychnine, et il n'est pas douteux que plusieurs cas, cités « comme des exemples de goutte remontée, doivent être « rapportés à un empoisonnement par le colchique. »

Quant au salicylate de soude, Germain Sée, dans sa communication à l'Académie de médecine, 1877, avait déjà mis en pleine lumière, les dangers de son élimination insuffisante : « Dès que les reins sont atrophiés, dit-il, soit par la ma« ladie, soit par l'âge, l'élimination du médicament par les « urines étant entravée, il en résulte localement de l'irrita« tion rénale caractérisée par une augmentation ou l'appa« rition de l'albumine, d'autre part par des accidents plus « intenses de salicylisme par suite de l'accumulation dans « le sang. »

En présence donc d'un goutteux, pour peu que nous ayons des doutes sur l'intégrité de son cœur ou de son parenchyme rénal, force nous serait de lui prescrire des diurétiques anodins et de lui prêcher la patience en lui exposant les dangers d'une thérapeutique plus active ? Non. Car depuis bientôt trois ans, la thérapeutique s'est enrichie d'un médicament, encore peu connu en France, la pipérazine, sédatif rapide de la douleur aiguë de la goutte, et qui, dans le traitement de l'accès, n'est contre-indiqué ni par l'état des reins, ni par celui du cœur et des vaisseaux, organes qui ne se rencontrent que rarement à l'état sain chez les goutteux. Expérimentée d'abord en Allemagne par Schweninger, Biesenthal, Schmidt (1893) puis en France par Lépine, A. Voisin, Bardet, etc., la pipérazine est un alcalin organique, très soluble dans l'eau, qui possède la propriété d'être un diurétique parfait que l'on retrouve en nature dans les urines, traversant l'organisme sans s'y décomposer, ce qui fait qu'avec elle l'on n'a pas à craindre d'effets cumulatifs, ni d'irritation du rein. D'autre part, *fait capital dans la thérapeutique de la diathèse urique*, c'est le dissolvant le plus énergique de l'acide urique. Elle se combine à lui en donnant un urate neutre de pipérazine, soluble dans 47 fois son poids d'eau seulement, alors que l'urate de lithine exige pour se dissoudre 368 parties d'eau, c'est-à dire près de huit fois davantag (Bardet). C'est cette dissolution rapide de l'urate de pipérazine, qui s'élimine dès lors facilement, qui explique la rapidité d'action de la pipérazine dans l'attaque de goutte. En deux ou trois jours au plus, l'urine redevient claire, en même temps que la douleur et que la tuméfaction disparaissent.

Dans une observation citée par Bardet, où l'accès de goutte durait depuis cinq jours lors du commencement du traitement par la pipérazine, en deux jours, la douleur avait disparu.

Dans une observation de Biesenthal (communication à la Société de méd. Berlinoise), la pipérazine donnée à la dose de 25 centigr. le premier jour, de 75 centigr. le deuxième jour et de 1 gramme le troisième, fit cesser complètement, à partir du troisième jour, un accès des plus violents chez un malade qui, à chaque printemps et à chaque automne, avait des accès durant quinze jours environ.

Dans une observation personnelle, nous avons vu avorter dès le deuxième jour un accès des plus aigus chez un goutteux avec petit rein contracté, et qui, à un précédent accès, avait présenté des phénomènes graves : vomissements, collapsus, troubles nerveux, à la suite de l'administration de gouttes de colchique.

Aussi, considérons-nous qu'absolument inoffensive, et dissolvant rapidement l'acide urique, la pipérazine est le médicament de choix, non seulement dans le traitement de l'accès de goutte, mais comme médicament préventif de la diathèse goutteuse. On l'administre à la dose de 50 centig. à 2 et 3 grammes par jour suivant l'indication, car son emploi, même à doses dix fois plus élevées que les sels de lithine, n'en présente aucun des inconvénients — à la condition toutefois, que la pipérazine soit d'une pureté absolue. A ce titre, la pipérazine effervescente préparée par Midy présente toutes les garanties désirables. Absolument pure, d'une administration facile, la pipérazine de Midy est le seul des antigoutteux dont l'administration, pendant l'accès, soit aussi rapide qu'inoffensive, et dont en même temps l'administration prolongée *prévienne*, par son action antiuricémique sans égale, le retour des accidents goutteux, sans aucun inconvénient pour l'organisme.

# NOUVELLES

**Légion d'honneur.** — Sont nommés au grade de chevalier le Dr Claudo, conseiller général des Alpes-Maritimes ; le Dr Arnaud, médecin principal.

**Distinctions universitaires.** — Officiers de l'Instruction publique. Sont nommés : MM. les Drs Bernard (de Cannes) ; Bouisson (de Marseille) ; Carence (de Toulon) ; Debaussaux, médecin inspecteur du service de santé du 15e corps d'armée ; Doze (de Draguignan) ; Fochier (de Lyon).

Officiers d'Académie. Sont nommés : MM. les Dr Bernard (de Toulon) ; Chauvin (de Cogolin) ; Crouset (de Marseille) ; Demandre, médecin major de première classe au 157e de ligne ; Fioupe et Garnier père (de Marseille) ; Gasiglia et Grinda père (de Nice) ; Isnard (de Marseille) ; Jaboulay et Navarre (de Lyon) ; Roux (de Marseille) ; Viau (de Toulon) ; le Dr Flandin, maire de Saint-Paulet-de-Caisson.

**Distinctions honorifiques.** — Par décision ministérielle, en date du 14 mars 1896, le ministre de la guerre a accordé des témoignages de satisfaction aux médecins ci-après dénommés qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie, ainsi qu'à leurs familles, savoir :

MM. les Drs Benoit (de Dieulefit), quarante-deux ans de services ; Dugenet (de Bléré), quarante et un ans de services ; Landreau (de Baignes), quarante ans de services ; Fontaine (de Marseille-le-Petit), trente-cinq ans de services ; Deausse (de Pont-Saint-Martin), trente-trois ans de services ; Camin (de Saint-Lys), trente ans de services ; Delaunay (de Rosny), vingt-huit ans de services ; Mosson (de Raon-l'Etape), vingt six ans de services ; Reverchon (de Nogent-en-Bassigny), vingt-trois ans de services.

**Médecins conseillers généraux.** — Le Dr Maillard, de Damvillers, vient d'être élu conseiller général de la Meuse.

**Hôpitaux militaires des stations minérales.** — Par décision ministérielle, en date du 16 mars 1896, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour être détachés près les hôpitaux militaires suivants, pendant les saisons d'eaux minérales de 1896, savoir :

1° Bourbon-l'Archambault : MM. le médecin-major de première classe Rigal, médecin-chef ; Rémond médecin aide-major de deuxième classe.

2° Bourbonne-les-Bains : MM. le médecin principal de deuxième classe Bachelet, médecin-chef ; Forgues et Polin, médecins-majors de première classe ; Auclert, médecin aide-major de deuxième classe ; Starck, pharmacien-major de deuxième classe.

3° Vichy : MM. le médecin principal de deuxième classe Antony, médecin-chef ; Delamare et Mareschal, médecins-majors de première classe ; Boucherau, médecin-major de deuxième classe ; Chanaud, médecin aide-major de première classe ; Paris, médecin aide-major de deuxième classe ; Quiquet, pharmacien-major de première classe ; Cordier, pharmacien-major de deuxième classe.

4° Barèges : MM. le médecin principal de deuxième classe Geschwind, médecin-chef ; Péborde et Carette, médecins-majors de première classe ; Voulgre, médecin aide-major de deuxième classe ; Poutineau, pharmacien-major de deuxième classe.

**La Société de médecine de Paris** célèbre son centenaire (22 mars 1896).

Samedi 21 mars, à quatre heures très précises, séance solennelle dans la salle habituelle, 3, rue de l'Abbaye.

1° Allocution du président, M. Ladreit de Lacharrière ; — 2° M. Duroziez : La Société de médecine de Paris depuis sa fondation ; — 3° M. Motet : Éloge de Duchenne (de Boulogne).

A neuf heures et demie du soir, réception chez le président, M. Ladreit de Lacharrière.

Dimanche 22 mars, à sept heures et demie du soir, banquet au restaurant Cubat, 25, avenue des Champs-Élysées.

**Congrès français de médecine.** — La troisième session doit s'ouvrir à Nancy, le 6 août 1896, sous la présidence de M. le Prof Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les trois questions mises à l'ordre du jour par le Congrès de Bordeaux et qui feront l'objet de rapports préalables, sont les suivantes :

1° *Pronostic des albuminuries.* — Rapporteurs : M. le Dr Talamon, médecin des hôpitaux de Paris ; M. le Dr Arnozan, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ;

2° *Coagulations sanguines intra-vasculaires.* — Rapporteurs : M. le Dr Mayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; M. le Dr Vaquez, médecin des hôpitaux de Paris ;

3° *Des applications des sérums sanguins au traitement des maladies.* — Rapporteurs : M. le Dr Roger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux ; M. le Dr Haushalter, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Les communications personnelles des membres du Congrès devront être inscrites avant le 14 juillet prochain, au secrétariat général (Dr Paul Simon, 15, rue de la Ravinelle, Nancy).

Les adhésions peuvent être envoyées soit chez le secrétaire général, soit chez le trésorier (Dr Stoeber, 66, rue Stanislas, Nancy).

La cotisation de membre titulaire est fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine peuvent être admis comme membres associés, moyennant une cotisation de 10 francs.

**Exercice de la médecine par des étudiants.** — Le doyen de la Faculté de médecine de Paris a l'honneur de rappeler à MM. les étudiants qui veulent remplacer des médecins, qu'ils ne le peuvent faire sans se conformer strictement à l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

L'oubli de ces formalités a provoqué des poursuites en police correctionnelle, qui menacent d'aboutir à des condamnations ; le doyen croit devoir en prévenir les étudiants.

L'article 6 est ainsi conçu :

Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie et à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

**L'association médicale mutuelle du département de la Seine** vient de tenir sa neuvième assemblée générale. L'association qui avait en caisse, au 31 décembre 1895, 155.560 fr. possède actuellement plus de 160.000 fr., elle compte 362 membres participants.

Elle a payé cette année l'indemnité maladie à 34 malades qui se sont partagés la somme de 18.710 fr.

Depuis sa fondation qui remonte à 9 ans l'association a versé près de 90.000 fr. d'indemnités à ses associés malades.

**La Maternité** (119, boulevard de Port-Royal).— Le docteur Pierre Budin, accoucheur en chef, a commencé son enseignement clinique aux docteurs et étudiants, le jeudi 19 mars 1896 et le continuera pendant trois mois les jeudis suivants à la même heure.

**La mortalité à Paris.** — Le service de la statistique à enregistré pendant la 11e semaine (du 8 au 14 mars 1896), 1,001 décès au lieu de 985 pendant la dernière semaine et au lieu de 1,155, moyenne ordinaire des semaines de mars (calculée sur les 5 dernières années).

L'état sanitaire reste satisfaisant.

— La fièvre typhoïde a causé 3 décès au lieu de 4 pendant la 10e semaine et de la moyenne 20; la variole 1 au lieu de la moyenne 2; la rougeole décidément en décroissance, 14, chiffre identique à la semaine précédente, au lieu de la moyenne 19 et successivement de 31, 30, 30, 19, 33, 21, 25 et 28 pendant les 9 premières semaines de 1896 ; l'épidémie paraît donc terminée.

La coqueluche 5 décès, la diphtérie 12 décès restent très inférieurs à la moyenne (respectivement 10 et 30).

On a attribué 2 décès à la grippe.

La diarrhée infantile, toujours rare à cette époque de l'année, l'est encore plus cette année; elle a causé 18 décès de 0 à 1 an, au lieu de la moyenne 38.

En outre 23 enfants sont morts de faiblesse congénitale ;

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 147 décès, au lieu de 164 pendant la semaine précédente et au lieu de 205 moyenne ordinaire de la saison ; ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit :

Bronchite aiguë : 19 décès (au lieu de la moyenne : 33) ;

Bronchite chronique : 28 décès (au lieu de la moyenne : 47) ;

Broncho-Pneumonie : 49 décès (au lieu de la moyenne : 52) ;

Pneumonie : 51 décès (au lieu de la moyenne : 73).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 50 décès dont 36 son dûs à la congestion pulmonaire ;

La phtisie pulmonaire a causé 204 décès (au lieu de la moyenne 224) ; la méningite tuberculeuse : 26 décès ; la méningite simple : 25; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 33 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramolissement cérébral : 61 décès, et les maladie organiques du cœur 89; le cancer a fait périr 39 personnes; enfin 39 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 24 suicides au lieu de 13 pendant la semaine précédente ; cette augmentation brusque ne paraît pas due à la crue de la Seine qui aurait amené sur les rives les cadavres de noyés car ce mode de suicide n'a porté que sur 4 cas ; il y a eu 10 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 392 mariages.

On a enregistré la naissance de 1168 enfants vivants (585 garçons et 583 filles) dont 826 légitimes et 342 illégitimes. Parmi ces derniers 46 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 368 enfants, dont 296 seront placés à Paris. Parmi ces enfants 84 seront nourris au sein et 284 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 92 morts-nés dont 67 légitimes et 25 illégitimes.

**Nécrologie.** — M. le Prof[r] Sappey, est mort le samedi matin 14 mars, à l'âge de 86 ans. Tant de générations médicales se sont nourries de son enseignement anatomique et surtout de ses excellents livres, que le défunt emportera les regrets les plus unanimes et les plus respectueux. C'était un excellent homme, très bienveillant et fort amoureux de la science à laquelle il s'était absolument consacré. Son *Traité des vaisseaux lymphatiques* est une œuvre des plus remarquables et quant à son *Traité d'anatomie*, il est bien facile d'en plaisanter le ton parfois emphatique et légèrement prudhommesque, mais c'est un immense travail des plus consciencieux et des plus exacts, qui, malgré les rapides progrès de la science anatomique, mérite de rester longtemps classique, au moins pour bon nombre de ses parties.

Le Prof[r] Sappey avait été en 1887 président de l'Académie de Médecine, qui, mardi, a levé sa séance en signe de deuil. Lundi, l'Académie des Sciences, dont il faisait également partie, avait de même levé sa séance en signe de deuil, rendant ainsi un juste hommage à l'un de nos savants les plus respectés.

Le Dr Manoury, de Paris, décédé le 15 mars, à l'âge de 52 ans. — Le Dr Vuillet (François), professeur à la faculté de médecine de Genève, ancien membre du grand conseil de l'état de Genève, mort à Nice des suites d'une albuminurie Le Dr Vuillet, très connu par de nombreux travaux de gynécologie, devait présider le congrès de gynécologie qui se tiendra à Genève au mois de septembre prochain. — Le Dr Jossien, de Saint-Laurent-du-Pont (Isère), décédé à Cannes, le 14 février, à l'âge de 58 ans. — Le Dr Batigne, de Paris, reçu en 1880.

**VIN ARQUD** (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée.**

**PHTHISIE, BRONCHITE. CATARRHES** traités par l'*Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. — **Anémie, chlorose** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

**GOUDRON FREYSSINGE**

*1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas* **contre Bronchites. Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
*Anémie, Diabète, Voies respiratoires*
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

**PILULES rhéo-ferrées VIGIER** spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

*Le Gérant* : A. Chevallereau

Paris — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Cluychat